

短期入所情報用紙

R 年 月 日 現在の様子

ふりがな
お名前

(歳 ヶ月)

身長 cm ・ 体重 kg



経管栄養の場合	経口摂取の場合
<p>※注入内容は1日のスケジュールに詳しく記載してください</p> <p><input type="checkbox"/>鼻腔(Fr cm固定) <input type="checkbox"/>胃瘻 <input type="checkbox"/>腸瘻 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>最終交換日: 年 月 日 交換時の異常 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p> <p>ポンプの使用: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (取扱い説明書の提出 <input type="checkbox"/>済 <input type="checkbox"/>未)</p> <p>注入方法: <input type="checkbox"/>イルリゲーター (注入時間: 約 分)</p> <p><input type="checkbox"/>シリンジ (注入方法:)</p> <p>内服薬: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (注意点:)</p> <p>注入時の体位: <input type="checkbox"/>ベッド上(<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>仰臥位 <input type="checkbox"/>左) ギャッジアップ 度</p> <p><input type="checkbox"/>車いす (リクライニング: 度)</p> <p>必要部品の消毒方法: (物品はすべて持参してください)</p> <p>胃内前吸引指示: ml以上で、<input type="checkbox"/> 分後に再確認 <input type="checkbox"/>差し引き注入</p> <p><input type="checkbox"/>母に連絡</p>	<p>食物形態: 主食 () 副食 ()</p> <p>自立度: <input type="checkbox"/>自分で食べる <input type="checkbox"/>一部介助 () <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>食事用具: <input type="checkbox"/>はし <input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>自助具</p> <p>食べ物の好き嫌い: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (好き: 嫌い:)</p> <p>1回の食事量とかかる時間: 約 () 割 () 分くらい</p> <p>食事の体位: <input type="checkbox"/>車いす (リクライニング 度) <input type="checkbox"/>椅子に座る <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>環境への配慮:</p> <p>水分摂取時のとろみ剤: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ※とろみ剤は持参してください</p> <p>水分摂取方法: <input type="checkbox"/>コップ <input type="checkbox"/>ストロー <input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>内服薬: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (飲ませ方:)</p>

排泄	保清
<p>※排泄時間は1日のスケジュールに詳しく記載してください</p> <p>排泄方法(尿): <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>導尿 (排尿回数 回/日)</p> <p>(便): <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>ストーマ (排便回数 回/日)</p> <p>緩下剤: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ※処方箋必須 (<input type="checkbox"/>浣腸 <input type="checkbox"/>座薬)</p> <p>最終排便: 月 日 便の状態: <input type="checkbox"/>硬め <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>軟らかめ <input type="checkbox"/>下痢</p> <p>おむつの種類・使用方法:</p> <p>月経: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 最終月経(月 日) 月経不順: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>入浴方法: <input type="checkbox"/>一般浴 <input type="checkbox"/>特殊浴 ※タオル類はセンターの物を使用します</p> <p>入浴は好きですか: <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>※入浴、清拭はセンターの基準に沿って実施します</p> <p>着脱: <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>自立</p> <p>口腔ケア方法: <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>自立</p> <p>口腔ケア使用物品: <input type="checkbox"/>歯ブラシ <input type="checkbox"/>シリンジ <input type="checkbox"/>スポンジ <input type="checkbox"/>拭き取りシート</p>

睡眠・ポジショニング	移動・装具など
寝具：□ベッド（□高い柵 □低い柵or電動） □布団 パジャマ：□あり □なし 体位変換：□なし □あり（日中： 時間ごと 夜間： 時間ごと） 禁忌な体位： 好きな体位： その他気を付けること： 過去の骨折：□なし □あり（回数 回 部位： ） 過去の褥瘡：□なし □あり（回数 回 部位： ）	移動手段：□車いす □その他（ ） 留意点： 身体機能：□つかまり立ち □膝立ち □這いずり □寝返り □介助で座る □介助なしで座る 気を付けること： 使用装具： 使用頻度：

体調の変化	医療的ケア
皮膚トラブル：□なし □あり(部位) アレルギー：□なし □あり() ご利用前日までに発熱はありましたか：□なし □あり(状態) ご利用前日までに発作はありましたか：□なし□あり 最終発作(月 日) ご利用前日までに体調不良はありましたか：□なし □あり() ご家族やお友達で体調を崩されている方はありませんか：□なし □あり 臨時内服薬はありますか：□なし □あり ※処方箋が必要です 臨時外用薬はありますか：□なし □あり ※処方箋が必要です	処置はありますか：□なし □あり() 吸引は必要ですか：□なし □あり(Fr 回/日) (挿入の長さ： cm) 吸入は必要ですか：□なし □あり ※薬液の処方箋と医師指示が必要です。 気管切開(年 月 日実施) 喉頭分離術：□未 □済 そのほかの医療機器を使用している：□なし □あり() 取扱説明書の提示：□未 □済

保護者に連絡する基準	
普段の様子	連絡が必要な基準を教えてください
体温()℃ Spo2()% 心拍()回/分 呼吸数()回/分 発作時の様子： その他の身体の様子：	

※上記以外の場合でも、看護師の判断で保護者様に御連絡をさせて頂く場合があります。

体調不良の場合には利用を中止してかかりつけ医に受診していただく場合もありますのでご了承ください。必ず連絡の取れる状態で待機してください。

【確認日】 R 年 月 日

<保護者> 署名 _____

<看護師> 署名 _____